

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

58
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Georges WUNSCHENDORFF

ÉTUDE DU DIAGNOSTIC

ENTRE

LE SYNDROME DE BASEDOW

ET

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU DÉBUT

Président : M. SERGENT, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1923

38

11/11/11

11/11/11

11/11/11

11

11/11/11

58

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

82

THE

THE

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Georges WUNSCHENDORFF

ÉTUDE DU DIAGNOSTIC

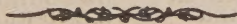
ENTRE

LE SYNDROME DE BASEDOW

ET

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU DÉBUT

Président : M. SERGENT, professeur.



A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

===== PARIS 1923 =====

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. ROGER		
Assesseur	G. POUCHET		
Professeurs			
MM.			
Anatomie.	NICOLAS		
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO		
Physiologie	CH. RICHET		
Physique médicale	ANDRÉ BROCA		
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ		
Bactériologie.	BEZANÇON		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT		
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ		
Pathologie médicale	RENON		
Pathologie chirurgicale.	LECENE		
Anatomie pathologique.	LETULLE		
Histologie.	PRENANT		
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL		
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET		
Thérapeutique	CARNOT		
Hygiène	BERNARD		
Médecine légale.	BALTHAZARD		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER		
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER		
Clinique médicale.	ACHARD		
	WIDAL		
	GILBERT		
	CHAUFFARD		
	MARFAN		
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT		
Clinique des maladies des enfants.			
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME		
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE		
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER		
Clinique chirurgicale.	DELBET		
	GOSSET		
	LEJARS		
Clinique ophtalmologique	HARTMANN		
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE		
Clinique d'accouchements.	LEGUEU		
	BAR		
	COUVELAIRE		
Clinique gynécologique.	BRINDEAU		
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE		
Clinique thérapeutique	AUGUSTE BROCA		
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	VAQUEZ		
Clinique propédeutique.	SEBILEAU		
	SERGEANT		
Agrégés en exercice.			
MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVI-SOLAL	SCHWARIZ(A
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	OKINCZYC	
	TINE		
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

ET EN PARTICULIER

A M. le Professeur SERGENT

Professeur de clinique propédeutique

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand honneur de
présider cette thèse.*

INTRODUCTION

Sans être d'une grande fréquence, la constatation du syndrome de Basedow chez les tuberculeux est toutefois loin d'être rare et cependant c'est depuis peu de temps relativement qu'ont été étudiés les rapports entre la tuberculose et les divers troubles de la sécrétion thyroïdienne, en particulier l'hyperthyroïdie.

Weskeresienskig appela l'attention en 1908 sur certains symptômes nerveux dans la tuberculose et en 1910 Byalokur montra que des malades que l'on considérait comme basedowiens étaient en réalité des tuberculeux chez qui les signes d'hyperthyroïdie voilaient une bacillose latente.

La question s'est posée et n'est pas encore résolue de savoir s'il s'agit d'une simple coïncidence comme le pensent Möbius, Kocher, Chvostek, Ruppauer, Steck ou si l'on doit admettre avec Gilbert et Castaigne, Poncet et ses élèves, Hufnagel, Hollos, Saathoff, H. von Brandenstein une relation de cause à effet entre la tuberculose et le syndrome de Basedow, que celui-ci soit franc ou fruste.

Anatomiquement, les lésions tuberculeuses secondaires du corps thyroïde sont rares (Kehl, Coulaud) ; primitives, elles sont exceptionnelles (Rendlemann et Marker). On rencontre d'habitude des scléroses quelquefois généralisées, le plus souvent limitées. Dans quelques cas, concernant surtout les tuberculoses à marche rapide, la sclérose n'a pas le temps d'apparaître et l'on trouve une glande thyroïde de structure normale ou un peu hypertrophiée présentant des vésicules distendues très riches en matière colloïde.

Cette sclérose serait due, d'après Roger et Garnier, Giraud, Poncet et Leriche, à l'action des toxines tuberculeuses sur la glande, qui entraînerait d'abord une hyperplasie puis une sclérose. A cette théorie, Coulaud oppose qu'un fragment de thyroïde laissé en place lors d'une thyroïdectomie suffit à assurer une sécrétion normale, qu'une sclérose limitée n'empêchera donc pas le bon fonctionnement de l'organe et que d'autre part ces scléroses et ces hyperplasies se rencontrent chez d'autres individus que les tuberculeux, en particulier à la suite de maladies infectieuses, que l'hérédité joue ici un rôle incontestable quoique non encore précisé et qu'il n'y a là par suite rien de spécifique.

Expérimentalement les résultats ont été contradictoires. Giraud thyroïdectomise un lapin tuberculisé et le maintient en vie tant qu'il lui injecte de l'extrait thyroïdien. Uhlmann tuberculise trois lots de cobayes dont seuls ceux du troisième lot, qui recevaient 60 centigrammes de thyroïdine par jour, ne présentèrent pas de lésions tuberculeuses. Frugoni et Vexoni traitent avec

succès par l'extrait thyroïdien des lapins tuberculisés.

Pour M^{lle} Fassin les injections d'extrait thyroïdien déterminent une augmentation de la teneur en alexine du sérum, de même l'ingestion de thyroïde, tandis que chez les animaux éthyroïdés il y a au contraire fléchissement de la teneur en alexine.

Marbé et Stépanoff admettent que le sang des animaux absorbant du suc thyroïdien est antiseptique à l'égard de divers germes pathogènes, entre autres le bacille de Koch, pouvoir que le premier attribue à un principe thermostable stimulant la phagocytose, le second à une thyroglobuline. D'autre part Steck a procédé à des expériences basées sur ce fait que la sécrétion thyroïdienne renforce l'action de l'adrénaline sur la paroi artérielle. Des résultats obtenus il conclut que le sang des tuberculeux présentant un syndrome de Basedow ne contient pas de substances en excès provenant de la glande thyroïde.

Aux expériences de M^{lle} Fassin, Coulaud objecte que l'injection de sérum simple provoque également une augmentation de la teneur du sérum en alexine et que la diminution de cette teneur chez les animaux éthyroïdés morts rapidement après l'opération, donc agonisants, est peu démonstrative.

Cliniquement, les sujets atteints de syndrome de Basedow franc paraîtraient assez réfractaires au bacille de Koch. Peut-être doit-on en chercher l'explication dans ce fait qu'il y aurait dans la maladie de Basedow non seulement diminution de la sécrétion thyroïdienne —

ce qu'appuierait l'existence de mêmes signes dans le myxœdème et le syndrome de Basedow tels que la frigidity et la stérilité — mais aussi altération de la sécrétion. La substance colloïde secrétée par les cellules cylindrique de la glande thyroïde serait moins abondante et plus toxique que la colloïde normale, et c'est cette toxicité qui provoquerait le syndrome de Basedow (Coulaud).

Par contre les formes frustes se rencontrent assez souvent chez les tuberculeux pulmonaires dans 1/5 des cas environ. Ce sont ces cas qu'ont particulièrement étudiés Sabourin sous le nom de « petit basedowisme chez les tuberculeux », Janowski sous celui de « thyrotuberculose », Saathoff et H. von Brandenstein.

D'après Coulaud, contrairement à ce qui a lieu dans le syndrome franc, il y aurait ici peu de modifications anatomiques de la glande thyroïde et peu de modifications également de la sécrétion. La colloïde serait en quantité exagérée mais à peu près normale. Il y aurait cependant une légère viciation et il trouve une confirmation de cette manière de voir dans le fait que, tandis qu'il est impossible de réaliser chez l'animal un syndrome de Basedow par l'opothérapie thyroïdienne intensive, on peut obtenir un syndrome fruste qui serait donc dû à un trouble se rapprochant sensiblement de l'hyperthyroïdie vraie.

Celle-ci annihilerait ou au moins diminuerait la résistance, l'immunité de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch.

Le petit basedowisme des tuberculeux s'observe sur-

tout chez la femme et presque exclusivement pendant la période d'activité génitale. Aux moments critiques de cette période — puberté, règles, grossesse, ménopause — il existe une hyperthyroïdie transitoire. Celle-ci est due à un hyperfonctionnement de la thyroïde suppléant à l'insuffisance d'autres glandes endocrines, en particulier le thymus et l'ovaire. C'est ainsi que le thymus s'atrophiant à la puberté serait alors remplacé par la glande thyroïde, ce qui expliquerait la fréquence de l'hyperthyroïdie à cet âge (Blondel), que Pototsky a étudiée sous le nom de « basedowisme de la puberté ». (Pubertäts-basedowoid). Quant aux relations entre l'ovaire et la thyroïde, admises par tous les auteurs, on n'est pas d'accord sur leur nature, les uns pensant qu'il y a synergie thyro-ovarienne, les autres, antagonisme.

Ces périodes critiques de la vie génitale chez la femme, où il y a hyperthyroïdie physiologique sont aussi critiques pour l'apparition ou l'évolution d'une tuberculose pulmonaire. Il existe alors au début des règles une diminution de la résistance de l'organisme caractérisée par un fléchissement momentané de la réaction à la tuberculine.

Le petit basedowisme chez les tuberculeux avait été jusqu'à ces dernières années peu étudié. Car, selon la remarque de Byalokur, lorsqu'un malade présente les signes évidents de tuberculose pulmonaire auxquels s'ajoute un syndrome de Basedow très peu accentué, celui-ci ou passe inaperçu ou est rapporté à la tuberculose ; lorsqu'au contraire le syndrome de Basedow est net et qu'il n'y a que quelques signes de tuberculose discrète,

on méconnaît la tuberculose ou en pense qu'elle vient compliquer un syndrome de Basedow sans songer à la possibilité d'un lien entre les deux symptomatologies

Les tuberculeux qui font du basedowisme surtout fruste sont des tuberculeux angioneurotiques qui se présentent sous l'aspect suivant décrit par Sabourin. Les yeux sont gros, brillants et humides mais sans larmoiement, il y a une ébauche de gros cou que l'on aperçoit d'emblée ou en le recherchant ; souvent aussi on observe des battements excessifs des vaisseaux du cou.

Des troubles fonctionnels permanents ou se produisant par périodes sont plus ou moins intenses et pénibles ; on note souvent une tare cardiaque, presque toujours de la tachycardie et des palpitations, un état congestif généralisé de la peau et des muqueuses avec de l'acrocyanose, de l'érythrodermie. L'agitation et l'instabilité du caractère sont fréquentes.

Chez ces malades tel ou tel symptôme peut dominer, tantôt c'est l'agitation, le besoin de mouvement, tantôt de la diarrhée paroxystique pseudo-membraneuse ou glaireuse, tantôt de la congestion du foie avec ictère et cholurie, tantôt de la tendance aux hémorragies, épistaxis, hémoptysies (phthisi-cardiaques). Les règles sont plus abondantes et fréquentes.

Souvent un tuberculeux est porteur d'un syndrome de Basedow fruste, latent, qui se révèle brusquement sous des influences diverses : surmenage physique ou intellectuel, suralimentation excessive, intoxication médicamenteuse.

Reconnaître l'association de basedowisme et de tuber-

culose est facile. Autrement délicats sont les cas où il s'agit de ne pas confondre avec une tuberculose pulmonaire au début un syndrome de Basedow. C'est qu'en effet, ainsi que l'a montré le professeur Sergent, on se trouve en face d'un ensemble symptomatique fonctionnel et général presque identique dans les deux cas et ce sont les bases de ce diagnostic que nous allons essayer d'étudier.

Nous remarquerons tout d'abord que cette question ne se posera guère chez l'homme qui présente bien plus rarement que la femme le syndrome de Basedow. En effet, si on en a observé, surtout chez les combattants, un certain nombre de cas pendant et après la guerre de 1914-1918, provoqués par de grands traumatismes physiques et psychiques, ces cas étaient dus à des circonstances exceptionnelles. En leur absence, c'est surtout chez la femme et dans la période d'activité génitale que l'on sera appelé à faire ce diagnostic.

On se trouve généralement en présence de malades qui se plaignent de palpitations, de bouffées de chaleur, d'oppression. Le sommeil est troublé, l'agitation parfois assez marquée. Il y a de l'instabilité de la température qui s'élève, tantôt par saccades, tantôt par périodes, en particulier au moment des règles ; cet état subfébrile peut persister pendant des mois avec des températures de 38°, 38°5 tous les soirs. Le pouls est irrégulier avec tendance à la tachycardie, parfois très marquée. Les yeux sont brillants. On note une toux sèche et quinteuse, de la dyspnée, de la tendance à la diarrhée, de l'amaigrissement, des sueurs profuses, une asthénie plus ou moins prononcée.

Devant ce tableau on redoute une tuberculose au début dont on institue immédiatement le traitement ; il

arrive même qu'on envoie la malade faire une cure de sanatorium. Les mois se passent sans que survienne aucune amélioration ; il y a souvent au contraire aggravation, en particulier de la dyspnée et de la tachycardie.

C'est qu'il s'agit ici, non pas de tuberculose mais de syndrome de Basedow.

Sur quels symptômes s'appuyer pour affirmer ce diagnostic ? C'est là un problème souvent difficile pour la solution duquel le médecin n'aura pas trop, outre l'emploi des divers moyens de laboratoire dont il dispose, de tout son sens critique, de toute sa sagacité clinique.

Pourra-t-il se baser sur *l'instabilité thermique* ?

Celle-ci est habituelle dans la tuberculose ; et plusieurs auteurs, parmi lesquels Mœbius, Saathoff, Steck, soutiennent qu'une maladie de Basedow vraie ou fruste ne présente jamais d'élévation de température, et que si, au cours de cette maladie, des mouvements fébriles apparaissent, ceux-ci se rapportent à une tuberculose concomitante reconnue ou dissimulée. On sait aussi combien sont fréquentes chez les tuberculeuses les poussées fébriles lors des époques menstruelles.

Mais contrairement à l'opinion que nous venons de citer on a déjà décrit une fièvre variable au cours de la maladie de Basedow avec diverses modalités dans sa forme, son intensité, sa date d'apparition : fébricule, état fébrile, fièvre éphémère ou prolongée pseudo-typhoïde, intermittente ou rénitente, fièvre inaugurale, épisodique, terminale (Bertoye).

Maintenant on admet que les centres thermiques ne

sont pas seulement influencés par les infections ou les toxines infectieuses, mais qu'ils peuvent aussi être excités par d'autres agents tels que la sécrétion thyroïdienne en particulier.

G. Ballet et Enriquez de leurs expériences sur un chien surthyroïdé concluent qu'en cas d'hyperfonctionnement de la thyroïde il y a trouble d'un centre thermorégulateur.

Léopold Lévy a montré que chez les hyperthyroïdiens, sujets sensibles au froid, on peut rencontrer une fièvre passagère et peu élevée provoquée par une cause minime : refroidissement, fatigue, émotion. Chez ces individus, dont les centres thermiques sont hyperexcitables, il se produit facilement une réaction passagère des centres thermiques. Dans d'autres cas la fièvre peut être relativement prolongée, ou peu élevée mais persistante.

Et en effet, dans plusieurs des observations ci-jointes sont notées des élévations de température atteignant et dépassant même 38° et dans un cas la courbe prise pendant deux mois est restée toujours au-dessus de $37^{\circ} 5$ avec quelques poussées durant deux ou trois jours où elle s'élevait jusqu'à $38^{\circ} 5$.

Les poussées fébriles prémenstruelles sont rencontrées dans le basedowisme également, ce qu'expliquent facilement les rapports entre la glande thyroïde et l'ovaire.

L'épreuve de la marche provoque chez les basedowiens comme chez les tuberculeux une élévation de la température, et dans l'une comme dans l'autre affec-

tion on a observé non seulement l'intensité mais surtout la durée de la réaction thermique. Chez un malade étudié par Roubier la température qui était de 37° 1 au départ monte après l'épreuve à 39° puis baisse très lentement et, huit heures après, le thermomètre marquait encore 38°. « Une simple marche de cinquante minutes à allure modérée avait suffi pour amener chez ce sujet un dérèglement thermique pendant toute une journée. Or chez lui les divers examens montrèrent bien que la tuberculose n'était nullement en jeu » (Roubier).

L'instabilité du pouls? — Dans la tuberculose on peut observer en même temps qu'une fièvre légère un pouls rapide, plutôt il est vrai par périodes que d'une façon constante.

Dans le syndrome de Basedow la tachycardie constante est en général précoce, mais elle peut quelquefois être intermittente ou ne se montrer que par accès véritablement paroxystiques.

L'épreuve de la marche, ici aussi, donne dans les deux cas les mêmes résultats. Tachycardie d'effort plus ou moins rapide persistant plus ou moins longtemps après l'arrêt.

La tension artérielle? — Il y a peu de renseignements à tirer de son étude car, d'une part s'il y a habituellement de l'hypotension dans la tuberculose, l'hypertension peut aussi s'y montrer. D'autre part le basedowisme s'accompagne bien généralement d'hypertension (P. Marie, Fr. Franck, Gallavardin, Lian), mais cette hypertension est légère, Demargne soutient

même qu'elle n'existe pas souvent. Sandfort et Blackford ont trouvé que l'injection d'extrait de glande thyroïde de basedowiens provoque de l'hypotension. Si Schœffer et Haskow sont d'avis que les extraits thyroïdiens déterminent de l'hypertension, Livon est au contraire d'avis qu'ils donnent de l'hypotension. Enfin, pendant la guerre, Grenet a observé trois malades atteints de syndrome de Basedow fruste et présentant de l'hypotension.

L'amaigrissement? — Chez le basedowien comme chez le tuberculeux il est noté fréquemment et peut aussi être précoce, rapide et souvent considérable (10 kilos dans l'observation IX, 12 dans l'observation V).

La *fatigue* allant jusqu'à l'asthénie est aussi bien notée chez l'un comme chez l'autre.

De même les *douleurs thoraciques et précordiales*.

De même les *troubles gastro-intestinaux* se traduisant par un appétit irrégulier, capricieux, des crises enteralgiques, de la diarrhée.

Les *troubles menstruels* sont la règle chez les tuberculeuses, et l'on peut même dire que l'aménorrhée est un des premiers signes fonctionnels qu'elles présentent. Chez les basedowiennes la puberté est parfois tardive, la ménopause précoce et les irrégularités menstruelles sont fréquentes. D'après Sainton 96 % des basedowiennes seraient atteintes de lésions génitales et d'insuffisance ovarienne congénitale ou acquise.

Les *troubles vaso-moteurs et sécrétoires*, bouffées de chaleur, rougeurs subites du visage et des pommettes,

sueurs profuses se trouvent aussi bien dans le basedowisme que dans la tuberculose.

L'*exophthalmie* nette habituelle dans le syndrome de Basedow franc manque souvent dans le fruste ; il y a plutôt un regard brillant et humide sans larmoiement, mais qui s'observe aussi chez les tuberculeuses.

Les *troubles nerveux*, insomnie, agitation ou dépression, se voient dans les deux cas.

La *dyspnée* sera-t-elle en faveur de la tuberculose ?

Contrairement à la période terminale où la présence des cavernes, l'étendue plus restreinte du champ de l'hématose provoquent une dyspnée plutôt mécanique, il existe au début une dyspnée *sine materia*, véritable dyspnée toxique plus fréquente chez les femmes nerveuses. Mais le basedowisme présente aussi de la dyspnée ; la respiration est saccadée, spasmodique, en quelque sorte bridée ; les inspirations étendues et forcées sont impossibles (signe de Bryson). Souvent cette dyspnée s'accompagne de poussées congestives sur le poumon, ce qui peut contribuer à égarer le diagnostic.

Dans l'épreuve de la marche, tandis que chez un sujet sain l'accroissement de la ventilation pulmonaire cesse très rapidement après l'arrêt, le retour à la normale est plus lent dans le syndrome de Basedow.

Mais il en est de même dans certains états généraux, les lésions cardiaques mal compensées et les lésions pulmonaires (Achard).

L'aphorisme de Lasègue qu' « un individu qui ne tousse pas n'est pas un phtisique » est vrai sinon dans l'unanimité, du moins dans la très grande majorité des

cas. Dans la tuberculose au début l'excitation des bronchioles détermine une *toux* sèche, brève, quinteuse, plus marquée et persistante chez les névropathes.

Mais dans le basedowisme, P. Marie a le premier attiré l'attention sur la toux, analogue à la toux tuberculeuse.

Elle est convulsive, suffocante, quinteuse, survenant par accès, ne s'accompagne pas d'expectoration, ou d'une expectoration très légère, sans rapports avec l'intensité de la toux, et elle se produit à n'importe quel moment de la journée, le soir ou le matin.

Quand elle a lieu, l'hémoptysie pourrait paraître être un signe de tuberculose. Mais P. Marie l'a notée deux fois dans les formes frustes de syndrome de Basedow et, ajoute-t-il « quoique l'hémoptysie eût déjà eu lieu assez longtemps avant notre examen, nous n'avons trouvé aucun signe de tuberculose pulmonaire ».

La recherche de la *formule sanguine de Kocher* dans le syndrome de Basedow ne possède pas la valeur que lui avait attribuée cet auteur (Achard). Si Turin a trouvé dans les deux tiers des cas de la leucopénie avec lymphocytose, avec mêmes modifications mais plus légères dans les formes frustes, Müller, Caro et d'autres auteurs ont signalé dans diverses affections cette lymphocytose. Cléret la nie dans le syndrome de Basedow et H. von Brandenstein a, dans 20 cas de tuberculose, trouvé plus de 40 % de lymphocytes. Perrin et Hanns admettent la lymphocytose basedowienne qu'ils pensent due soit à un hyperfonctionnement de la moelle osseuse — il y a alors diminution des polynucléaires sans aug-

mentation absolue du nombre des lymphocytes, — soit à un hyperfonctionnement du tissu lymphatique, ganglions et thymus fréquemment atteints dans le syndrome de Basedow; il y a alors augmentation des lymphocytes. Même la thyroïde qui est en relations avec la rate pourrait suppléer celle-ci pour former elle-même des lymphocytes. Ces deux processus pourraient exister séparément ou simultanément. Mais ces auteurs reconnaissent que la lymphocytose basedowienne est un phénomène inconstant, et que « le fait qu'il existe dans d'autres affections lui enlève toute importance ».

Tous ces symptômes, nous venons de le voir, militent aussi bien en faveur du syndrome de Basedow que de la tuberculose.

On devra donc procéder à un examen extrêmement soigneux et poussé de la malade, pour affermir le diagnostic de syndrome de Basedow.

Sans doute celui-ci sera plus facile si l'on se trouve en présence d'un syndrome de Basedow franc présentant nettement la tétrade symptomatique; une exophtalmie accentuée donnant cette physionomie spéciale due à l'expression de dureté et d'égarement des yeux — regard tragique; — une augmentation de volume plus ou moins considérable du cou, indice de l'hypertrophie thyroïdienne, le tremblement spécial aux basedowiens; enfin une tachycardie constante.

Dans un pareil cas on sera de suite orienté vers le corps thyroïde, mais ces signes peuvent être incomplets ou peu accentués, surtout dans les formes frustes.

Nous avons vu la valeur qu'il convient d'attribuer à

la *tachycardie* et à l'*exophtalmie* quand celle-ci est légère.

L'*hypertrophie thyroïdienne* est un excellent signe. Elle est souvent asymétrique, frappant de préférence le lobe droit, et se fait en général non pas brusquement mais lentement, par poussées congestives successives, de sorte qu'il arrive que l'attention de la malade n'ait pas été attirée de ce côté. La palpation du cou révèle souvent un corps thyroïde seulement un peu augmenté de volume, ou même simplement donnant une sensation de dureté, de tension spéciale.

Pour bien apprécier une légère hypertrophie, on palpe le cou avant et pendant la toux et en mettant la tête successivement en rotation, flexion et extension. On pourra aussi percevoir des battements excessifs des vaisseaux du cou.

Le *tremblement basedowien* fait rarement défaut. Mais fréquemment il est si discret qu'il faut le rechercher soigneusement pour le mettre en évidence. C'est à la tête et aux extrémités des membres, doigts et pieds, qu'on le dépistera.

Pour ce faire on peut mettre sur la tête de la malade une plume longue et souple qui multiplie l'intensité des oscillations, mais c'est par le toucher qu'on se rendra le mieux compte d'un léger tremblement.

C'est également par le toucher surtout qu'on percevra le tremblement digital, tremblement en masse de tous les doigts agités par la trépidation de tout le membre supérieur et non individuel comme dans l'alcoolisme.

Aux pieds le tremblement se traduit par des mouvements dits de pédale.

Quelquefois même toutes ces recherches étant négatives, on sent que la malade est en quelque sorte en « état vibratoire ».

Les *signes accessoires oculo-palpébraux* doivent être soigneusement observés, bien qu'inconstants. Les signes de Graefe et de Stellwarg sont parmi les plus fréquents. Celui de Mœbius est plus rare. On pourra aussi constater l'existence des signes de Boston, de Rosenbach, de Joffroy, exceptionnellement de l'ophtalmoplégie externe (G. Ballet, Warner).

Les *troubles pupillaires et le réflexe oculo-cardiaque* — celui-ci pourtant serait positif dans 60 % des cas (Achard) — sont trop variables pour avoir de la valeur. La compression oculaire diminuerait sensiblement mais passagèrement le tremblement (Achard).

Souvent on observe des *troubles de la pigmentation* qui peuvent même parfois simuler la mélanodermie de la maladie d'Addison. La coloration plus foncée de la peau est fréquente aux paupières (signe de Jellinek.)

Du côté du système pileux on a noté une *dépilation* totale ou localisée (calvitie en plaques de Sainton.)

D'après Lian la région thyroïdienne serait légèrement hyperesthésiée.

Enfin un appoint non négligeable pour le diagnostic peut être fourni par diverses épreuves ou *tests physiologiques*.

Déjà Gley, Biedl, Kocher, Müller et Magnus Lévy avaient montré qu'il y a abaissement du métabolisme azoté

chez les animaux thyroïdectomisés et augmentation du métabolisme respiratoire chez les basedowiens.

Mais dans ces dernières années les auteurs américains (du Bois, Means et Aub, Mc Caskey, Benedikt etc) ont repris cette question et étudié dans la maladie de Basedow le métabolisme basal, c'est-à-dire la quantité de chaleur minima de l'organisme, le minimum d'échanges chez un sujet au repos et à jeun. Dans ces conditions sont éliminés les échanges dus à l'activité musculaire et digestive. Cette production de chaleur minima est d'environ 35 à 40 calories 39 c. 7, en moyenne chez l'homme, 36 c. 9 chez la femme par heure et mètre carré.

On peut la mesurer directement à l'aide d'un calorimètre, ou plutôt indirectement en mesurant les échanges respiratoires.

Connaissant le quotient respiratoire qui mesure la combustion des tissus et sachant par des tables calorimétriques à combien de calories correspond la combustion d'un litre d'oxygène dans l'organisme, il est aisé de savoir la quantité totale de chaleur produite que l'on divise par la surface du sujet calculée suivant diverses formules, (par exemple celle de du Bois).

Le métabolisme basal s'exprime par le pourcentage du taux normal. Si la chaleur produite est supérieure à la normale il est positif, si inférieure il est négatif. On admet qu'il peut y avoir une légère erreur de 10 % ; on ne doit donc considérer comme pathologiques que les résultats présentant avec la normale un écart supérieur.

C'est dans les troubles thyroïdiens que le métabo-

lisme basal a sa plus grande valeur, mesurant le degré d'activité fonctionnelle de la glande.

Les auteurs américains et français (Labbé, Janet) ont toujours constaté une notable augmentation du métabolisme basal dans le basedowisme, atteignant jusque 100 % dans les cas graves et même 30 % dans les cas légers.

Cette recherche semble pouvoir être facilement faite en clinique avec un appareillage très simplifié (Janet) et a donné des indications intéressantes relativement tant au diagnostic des formes frustes du syndrome de Basedow qu'au traitement.

C'est ainsi que chez les basedowiens le métabolisme basal est généralement abaissé de 10 % par le séjour au lit ; la ligature des artères thyroïdiennes donne le même résultat. La thyroïdectomie l'a fait descendre jusqu'à 50 %. La radiothérapie a donné des résultats variables.

Les troubles du métabolisme hydrocarboné qui existent surtout dans les états thyroïdiens sont mesurés par l'épreuve de la glycosurie et de la glycémie provoquée (Parisot et Caussade). L'absorption de 100 grammes de glycose se traduit par une glycémie inférieure ou égale à 0 gr. 14 par litre de sérum, qui apparaît après une demi-heure et disparaît vers la fin de la première heure chez un sujet sain.

Or une hyperglycémie persistante s'observe non seulement dans le diabète, mais dans les états thyrotoxi-ques, sans que d'ailleurs existe une relation proportionnelle entre son taux et l'intensité de l'hyperthyroïdie.

D'autres tests ont été proposés d'une valeur plus discutable. Le test à l'adrénaline de Gøtsch est basé sur le principe de la réaction mutuelle des sécrétions endocriniennes. En particulier l'adrénaline et la sécrétion thyroïdienne renforcent mutuellement leur action pour provoquer de l'hyperglycémie et des troubles cardio-vasculaires.

Chez un individu normal l'épreuve à l'adrénaline — injection sous-cutanée d'un demi-milligramme d'adrénaline et ingestion de 100 grammes de glycose — ne produit aucun trouble. Chez un basedowien dont les échanges sont exagérés, il se produit non pas une augmentation de l'acide carbonique exhalé, mais un arrêt de la glycolyse, d'où hyperglycémie momentanée (Achard et Desbouis). En même temps on note une accélération du pouls, de l'élévation de la pression artérielle, la pâleur de la face, des sueurs, de l'angoisse, de l'asthénie. Mais ces résultats ont été discutés par Lueders, Porak, Wearn, surtout Garnier et S. Bloch qui ont trouvé cette réaction tantôt négative dans des cas de basedowisme, tantôt positive dans diverses affections, diabète, rhumatisme etc.

Le test hypophysaire de Claude et Porak consiste dans l'injection de 5 à 15 centigrammes d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse, qui provoque chez un sujet sain de la glycosurie alimentaire, de la tachycardie, de l'hypotension artérielle et de la pâleur des téguments. Chez un basedowien il y a une glycosurie plus accentuée, de la bradycardie, de l'hypertension et aussi de la pâleur. Mais ces résultats également sont inconstants.

Le test à la quinine proposé par Bram repose sur la tolérance à la quinine particulièrement bien supportée par les hyperthyroïdiens. Il consiste dans l'administration pendant trois jours de quatre cachets de 65 centigrammes de bromhydrate de quinine. Bram prétend que la quinine est d'autant mieux tolérée que les troubles thyroïdiens sont plus accentués. Mais Sainton et Schulman ont montré le peu de valeur de cette épreuve.

Mentionnons encore quelques tests qui n'ont pas encore été vérifiés à fond.

L'épreuve à la pituitrine d'Ascoli et Faginoli dont l'injection sous-épidermique produit chez les basedowiens une réaction cutanée constituée par un centre bleuâtre entouré d'un halo blanc d'abord, rouge ensuite.

L'épreuve à la thyroïdine et à la thyrotoxine de Kendall contrôlée par son action sur le métabolisme basal montrerait l'hypersensibilité thyroïdienne à ces produits.

Enfin la recherche de la viscosité du sérum de Helwig et Neuschloss. Les préparations thyroïdiennes modifient cette viscosité. Celle-ci dépendant de la teneur en albumines que l'on détermine, on recherche pour une concentration donnée en albumines quel doit être le degré de viscosité normal, et l'on divise la valeur réelle de viscosité par ce chiffre. Le quotient obtenu, ou facteur de viscosité, oscille autour de 1, variant entre 0,96 et 1,04. Dans l'hypothyroïdie il serait supérieur à 1,04 et dans l'hyperthyroïdie inférieur à 0,96.

Toutes ces épreuves ont des valeurs diverses mais on peut admettre qu'actuellement la recherche du métabo-

lisme basal surtout et l'épreuve de Parisot et Caussade sont susceptibles d'aider au diagnostic des formes frustes du syndrome de Basedow.

Mais si d'une part on a pu reconnaître qu'il s'agit d'hyperthyroïdie, il faut d'autre part éliminer toute idée de tuberculose pulmonaire celle-ci pouvant comme nous l'avons vu se dissimuler derrière celle-là. On la recherchera en s'aidant de tous les procédés habituels.

L'*examen stéthoscopique* de l'appareil pulmonaire sera d'autant plus minutieux qu'il faut prendre garde à ne pas prendre pour des lésions évolutives les poussées congestives que l'on peut voir survenir au cours d'un syndrome de Basedow.

L'auscultation sera excellemment contrôlée et complétée par l'*examen radioscopique*.

Quant à la *recherche du bacille de Koch dans l'expectoration* il va de soi qu'elle est absolument indispensable, la présence du bacille étant en somme le seul signe de certitude d'une tuberculose en évolution. Au cas où elle serait négative cette recherche pour être convaincante devra être pratiquée à plusieurs reprises.

Cependant on peut ne pas constater la présence de bacilles de Koch, même en cas de tuberculose indubitable, soit que les bacilles soient en nombre excessivement restreint, soit que l'expectoration soit nulle comme cela se voit surtout chez les jeunes filles et chez les femmes qui répugnent souvent à cracher. On complètera donc l'examen des crachats par la *recherche des bacilles de Koch dans les matières fécales*.

Divers procédés sont en usage, celui de Strassburger,

celui de Nabias, celui de Venot et Moreau par centrifugation et traitement à l'éther (Rémondy).

En l'absence d'expectoration chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire évolutive sans lésions intestinales on a pu ainsi révéler la signature bactériologique de la maladie.

Lorsque ces divers examens sont négatifs, on est alors, et seulement alors, autorisé à conclure à un syndrome de Basedow et à éliminer la tuberculose.

Chez de telles malades prises souvent à tort pour des bacillaires et soumises sans en retirer bénéfice aucun au traitement antituberculeux, voire même à la cure sanatoriale, on voit rapidement les symptômes s'amender et l'état général s'améliorer sous l'influence d'un traitement approprié dont la base sera l'administration d'hémato-éthyoïdine, associée quelquefois à l'ovarine, et l'irradiation de la glande thyroïde.

La démonstration, que, contrairement au diagnostic primitivement porté de tuberculose pulmonaire, il s'agissait d'un syndrome de Basedow, a été plusieurs fois fournie par l'évolution ultérieure. Quelques-unes de ces malades qui ont pu être revues longtemps après, restaient guéries et ne présentaient absolument aucun signe de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Publiée par M. le professeur SERGENT,
in *Paris-Médical*, 24 juillet 1920, n° 30).

M^{me} L..., 48 ans, est réglée très irrégulièrement depuis dix-huit mois ; elle a maigri progressivement ; sa température se maintient constamment aux environs de 38°, avec de petites exacerbations périodiques ; elle a de la tachycardie ; elle a une petite toux sèche, incessante ; elle est constamment essoufflée. On avait porté au début le diagnostic de tuberculose pulmonaire et on l'avait envoyée dans un sanatorium où elle resta six mois sans résultat.

Quand je la vis, je fus influencé tout d'abord par ce passé et par ce diagnostic posé par quatre médecins. Ne constatant aucun signe stéthoscopique mais, par contre, remarquant une légère exophtalmie, un gonflement manifeste du corps thyroïde, notant un tremblement rythmique, à petites oscillations, je formulai le diagnostic de syndrome de Basedow et fis faire une radiographie pour écarter toute erreur possible ou toute idée d'association ; la radioscopie et la radiographie furent absolument négatives.

Traitée par l'héмато-éthyoïdine et l'ovarine alternativement, par l'irradiation du corps thyroïde, la malade ne tarda pas à

s'améliorer ; aujourd'hui à trois ans de distance elle est absolument guérie et je puis affirmer qu'elle n'est point tuberculeuse.

OBSERVATION II (*Ibid.*)

M^{lle} X..., 22 ans. Le diagnostic de tuberculose a été porté sur la constatation d'un amaigrissement notable (6 kilos) accompagné d'élévation de température (38°2 à 38°5), de tachycardie, de bouffées de chaleur, d'essoufflement permanent avec petite toux sèche.

Quand je vois la malade je suis frappé par l'éclat brillant des yeux, qui, sans être très exorbités, sont saillants, par les battements visibles des vaisseaux du cou, qui est gros, sans qu'il y ait à proprement parler hypertrophie notable du corps thyroïde ; les doigts sont agités d'un petit tremblement rythmique.

L'examen minutieux de l'appareil respiratoire ne révèle aucun signe de lésions localisées.

Je fais le diagnostic de syndrome de Basedow. Mais, convaincue qu'elle est bien tuberculeuse, elle se laisse envoyer dans un sanatorium d'altitude et y séjourne dix mois sans autre résultat qu'une aggravation de sa tachycardie et de son essoufflement. Elle revient me voir, consent alors à suivre le traitement que je lui avais prescrit la première fois. Elle est en voie de guérison aujourd'hui.

OBSERVATION III (*Ibid.*)

M^{me} X., 33 ans vient me voir dans l'automne de 1917. Elle se plaint de fatigue générale avec état subfébrile ; elle était

traitée depuis dix-huit mois pour tuberculose pulmonaire, quand elle consulta un médecin qui fit le diagnostic de maladie de Basedow et la traita comme telle. Quand je la vis, quelques mois après le début de ce traitement, elle allait déjà mieux. Sa tachycardie était modérée (110), sa tension artérielle mesurée au Vaquez, donnait 14,5 Mx, 7,5 Mn; elle n'avait que peu d'exophtalmie; elle avait encore un léger tremblement; le corps thyroïde restait assez gros. Il n'y avait aucun signe de lésions pulmonaires, ni à l'auscultation, ni à l'examen radioscopique.

J'ajoutais au traitement opothérapique qu'elle suivait déjà des irradiations du corps thyroïde. Je l'ai revue il y a quelques mois. Elle allait très bien.

OBSERVATION IV (*Ibid.*)

Une fillette de 14 ans 1/2, réglée depuis l'âge de 12 ans, voit ses règles s'arrêter depuis cinq mois. En même temps le cou a augmenté progressivement de volume; elle a remarqué qu'un petit collier qui était large est devenu trop étroit; ses traits sont un peu bouffis; elle n'a pas d'albumine; sa température est instable, toujours au-dessus de la normale, atteignant souvent 38° à 38°5 le soir, au repos; elle tousse constamment d'une petite toux sèche, sans expectoration. Elle a été examinée récemment à l'écran radioscopique et on aurait trouvé une ombre légère à l'un des sommets; il n'en a pas fallu davantage pour qu'on posât le diagnostic de tuberculose. C'est dans ces conditions que je suis appelé à l'examiner.

Je ne relève aucun antécédent personnel ni héréditaire, mais j'apprends que la mère a le cou gros, elle aussi, et je le constate moi-même. La fillette a les seins énormes; son corps thyroïde

est gros ; elle n'a pas d'exophtalmie, pas de tremblement digital appréciable ; le poulx bat 120 ; la tension artérielle est de 12 Mx, 8 Mn, au Vaquez ; elle a de fréquentes bouffées de chaleur.

Je ne constate aucun signe d'auscultation aux poumons ; je fais faire une radiographie qui montre l'intégrité des deux poumons.

Je conclus à l'existence d'un syndrome d'hyperthyroïdie avec perturbations endocriniennes complexes (aménorrhée, macromastie, etc.) ; je prescris l'hémato-éthyroïdine, l'ovarine, la valériane. Assez rapidement les signes d'hyperthyroïdie s'amendent.

OBSERVATION V (*Ibid.*)

Une jeune fille de 24 ans, qui fut infirmière pendant les premiers mois de la guerre dans un service de paludéens, se met à maigrir et à tousser ; elle fait 38° tous les soirs et, de temps en temps, un petit accès plus fort ; ses forces disparaissent ; elle devient asthénique ; elle maigrit progressivement et perd rapidement 12 kilos. Tous ces troubles s'accroissent peu à peu. On la soigne, sans aucun succès, pour de la tuberculose pulmonaire. Elle vient alors à Paris au bout de six à sept mois de traitement. Je la suis depuis trois ans. J'ai pensé au paludisme ; la recherche de l'hématozoaire a toujours été négative ; j'ai pensé à l'appendicite chronique, car elle avait de l'entérite ; mais bientôt j'ai eu l'attention attirée par la dysménorrhée, par le changement de caractère qui, de calme, est devenu irritable, par les palpitations et les bouffées de chaleur, par la tachycardie persistante, par un petit tremblement des doigts ; j'ai constaté une légère augmentation de volume du corps thyroïde.

J'ai donné l'ovarine et l'hémato-éthyroïdine, et, peu à peu,

les troubles se sont amendés. Jamais il n'y a eu le moindre signe physique d'une localisation pulmonaire.

OBSERVATION VI (*Ibid.*)

Une fillette de 14 ans, bien portante, opérée antérieurement de végétations adénoïdes et d'appendicite, n'a jamais été bien réglée; elle a été formée à 13 ans, mais n'a eu que quatre fois ses règles et à intervalles irréguliers; chaque fois elle a souffert violemment au point d'être obligée à s'aliter. Depuis ses dernières règles, c'est-à-dire depuis trois mois, elle fait un peu de température le soir, 38°2; le matin elle a 36°5; elle s'est anémiée et a maigri; elle est devenue paresseuse, apathique, asthénique; elle a perdu l'appétit et toussotte. Ses parents la croient tuberculeuse. Cependant il est impossible de trouver le moindre signe stéthoscopique de lésions pulmonaires; deux examens radioscopiques démontrent l'intégrité des poumons et du médiastin.

Mais le corps thyroïde est nettement perceptible et un peu douloureux; il y a des bouffées de chaleur fréquentes.

Le traitement par l'ovarine et l'hémato-éthyroïdine est institué, combiné avec le repos; les fonctions ovariennes ne tardent pas à se régulariser, et, peu à peu, tous les troubles disparaissent.

OBSERVATION VII

(Inédite, communiquée par M. le professeur SERGENT).

M^{me} L..., 33 ans. Rien à signaler dans ses antécédents personnels. En 1914, début par de l'amaigrissement, de la fatigue générale, un état subfébrile, une petite toux sèche (attribuée par la malade à une sensation d'étranglement). Pendant dix-

huit mois elle est considérée comme tuberculeuse et soignée comme telle. Il y a dix-huit mois elle consulte le professeur Ardin Delteil d'Alger, qui ne constate aucun signe de lésions pulmonaires et découvre la maladie de Basedow (corps thyroïde gros, tachycardie, petit tremblement digital, très peu d'exophtalmie). Traitée par l'hémato-éthyrôidine et l'électrothérapie, elle s'améliore progressivement.

Le 3 septembre 1917, de passage à Paris, la malade vient me consulter sur les conseils d'Ardin-Delteil.

Je constate une persistance des tendances à l'amaigrissement et à la fatigue générale. Le pouls est à 84. La tension artérielle à 14,5 Mx, 7,5 Mn. Le corps thyroïde est un peu gros. Tremblement digital. Pas d'exophtalmie.

Palpitations fréquentes. La malade est très nerveuse. Aucun signe de lésions pulmonaires.

Je confirme le diagnostic d'Ardin-Delteil et constate qu'il s'agit d'un syndrome de Basedow en voie d'amélioration sous l'influence du traitement.

Je conseille de continuer l'hémato-éthyrôidine avec douches tièdes en nappe, valériane, sirop de Fellow (hypophosphites composés).

OBSERVATION VIII (*Ibid.*)

M^{me} X... vue par moi en 1918, revenait d'un sanatorium où on l'avait gardée six mois et d'où on se décida à la renvoyer au bout de ce temps en constatant que l'altitude paraissait lui être nuisible.

Je ne trouve aucun signe de lésions pulmonaires mais je constate un syndrome fruste de Basedow sans exophtalmie

appréciable, mais avec regard brillant, éréthisme cardio-nerveux, tachycardie (130), corps thyroïde gros, tremblement digital et mouvement de pédale. J'attribue à ce basedowisme l'amaigrissement, la toux sèche, les poussées fébriles et sudorales. Je ne constate en effet aucun signe de lésions pulmonaires.

L'hémato-éthyroïdine améliore progressivement la malade qui, revue un an après, se considérait comme guérie.

OBSERVATION IX

(Communiquée par MM. le professeur SERGENT
et le Dr COTTENOT (1))

M^{lle} G..., 30 ans. Début de la maladie au commencement de la guerre par insomnie, faiblesse, amaigrissement (10 kilos).

Aurait eu de la pleurite ; le professeur Sergent ne constate plus rien.

Pas de troubles digestifs en dehors d'une crise d'entérite au printemps dernier.

La malade se plaint de souffrir des jambes et de ressentir de la fatigue, elle n'a jamais présenté d'œdème. Il n'y a pas d'essoufflement, pas de palpitations, pas d'exophtalmie, mais on constate un léger tremblement digital, de la tachycardie (104), un cou volumineux (33 cm.). Ses règles diminuées ne durent que deux à trois jours. Le poids est de 49 kgr. 500. Séances d'irradiation du corps thyroïde tous les huit jours, du 23 octobre au 13 novembre. Il y a de l'amélioration, le sommeil est

1. Nous saisissons cette occasion de témoigner à M. le Dr Cottenot nos plus vifs remerciements.

meilleur, le pouls moins fréquent, le cou mesure 32 centimètres.

Séances d'irradiation tous les huit jours, du 20 novembre au 11 décembre. Le cou reste à 32 centimètres, le poids remonte à 51 kgr. 500.

La malade revient le 10 juin. Elle s'est trouvée bien pendant les mois de décembre et janvier, mais depuis quelque temps les malaises reparaissent. Elle se sent toujours fatiguée. Les règles sont peu abondantes. Il y a de l'hypotension, le pouls est à 104, le cou mesure 32 centimètres.

Le poids qui avait augmenté est revenu à 51 kgr. 500.

Séances d'irradiation les 10, 17, 29 juin, 6, 13 et 20 juillet. Le pouls est à 90.

OBSERVATION X (*Ibid.*)

M^{me} A..., 37 ans. Est considérée comme tuberculeuse en raison de poussées de congestion pulmonaire avec petites élévations thermiques survenant à la plupart des époques menstruelle, qui sont irrégulières et toujours insuffisantes.

Je la vois le 11 juillet 1922, et constate :

Etat de fatigue habituelle, irrégularités et insuffisance menstruelles, instabilité thermique (une courbe de température prise pendant deux mois montre que la température est constamment un peu au-dessus de 37°5, et présente de temps en temps des poussées atteignant 38°2 à 38°5 pendant deux à trois jours), crises sudorales, éréthisme cardio-nerveux et palpitations, tachycardie (120). Tension artérielle 15 Mx, 9 Mn, petit tremblement des doigts, mouvement de pédale, pas d'exophtalmie mais éclat brillant du regard, pas de signe de Græfe. Le corps thyroïde est un peu gros, mais surtout tendu, dur.

Maigrissement de 3 kilos. Aucun signe stéthacoustique de lésions pulmonaires.

Je fais le diagnostic de syndrome de Basedow frusté et pour confirmation je conseille un examen radiologique et la recherche des bacilles de Koch dans les selles, la malade ne crachant pas et ne toussant pas en dehors des petites poussées congestives cataméniales.

Examen radiologique pratiqué par le Dr Cottenot le 21 juillet (résumé). Thorax très asymétrique par suite d'une forte scoliose dorsale supérieure à concavité droite. L'hémithorax droit est plus petit que le gauche, le sommet droit est plus petit que le gauche. Tout l'hémithorax droit est moins transparent que le gauche, le sommet droit petit est diminué de transparence à la radioscopie mais s'illumine assez bien à la toux. Le sommet gauche est de transparence parfaite. Tout l'hémithorax gauche est transparent. Des deux côtés la coupole diaphragmatique est régulière et le sinus vasto-diaphragmatique est perméable. L'ombre cardio-aortique est caractérisée par une saillie assez marquée de l'arc pulmonaire.

La recherche des bacilles de Koch dans les selles a été négative. Je conseille hémato-éthéroïdine et ovarine alternantes (trois jours l'une, quatre jours l'autre par semaine), valériane, douches tièdes en nappe, phytine, irradiations du corps thyroïde.

Séances d'irradiation les 17, 19, 21 juillet, 9 août (la malade est beaucoup mieux, a engraisé de 300 grammes, est moins nerveuse et moins fatiguée mais tremble encore beaucoup), 10 et 12 août. A cette date la malade se trouve bien, le pouls est à 95, le tremblement a beaucoup diminué.

OBSERVATION XI (Recueillie à la Policlinique
de M. le Professeur SERGENT, hôpital de la Charité.)

M^{me} D..., 30 ans. Aucun antécédent héréditaire, collatéral. A eu un enfant mort à l'âge de 19 jours. Coqueluche à 8 ans. En 1918 a eu une grippe dont elle se rétablit lentement. Depuis elle s'enrhume facilement l'hiver et tousse mais crache peu. En février 1921 elle a une congestion pulmonaire gauche qui dure huit jours dont elle garde un point douloureux, intermittent, reparaissant sous l'influence du froid, de la fatigue. On lui conseille de faire, à défaut d'une cure sanatoriale, un séjour à la campagne. Elle vient consulter le professeur Sargent, le 21 février 1922.

La malade se plaint d'être fatiguée, d'avoir des douleurs dans les jambes surtout le soir. Elle est un peu oppressée surtout après un effort ou une ascension. Pas de sueurs nocturnes. Pouls petit, rapide (140). Tension artérielle au Vaquez 12 Mx, 9 Mn. Il n'y a pas de tremblement, pas d'exophtalmie mais le regard est brillant. Les réflexes tendineux sont vifs, les réflexes pupillaires normaux. Le corps thyroïde est gros, on note du battement des vaisseaux du cou. Peu d'appétit, digestions pénibles. tendance à la constipation. La malade réglée depuis l'âge de 16 ans l'est irrégulièrement. Pas de signes pulmonaires stéthoscopiques.

A l'examen radioscopique jeu normal du diaphragme. De chaque côté du hile en rangée de boutons de petits nodules noirs très apparents. Pas d'ombre dans les champs pulmonaires. Les deux sommets sont clairs et s'illuminent bien.

OBSERVATION XII

M^{lle} L..., 38 ans. A eu plusieurs bronchites dans l'enfance. Grippe en 1918. En 1920 une radiographie ne révèle rien d'anormal et l'examen des crachats reste négatif.

Elle tousse un peu, avec expectoration légère le matin. Légère dyspnée. Pas de température. Amaigrissement de 8 kilogr. Eréthisme cardiaque. Pouls, 100. Pas de tremblement, pas d'exophtalmie mais regard brillant. Corps thyroïde un peu gros. A l'examen de l'appareil pulmonaire aucun signe stéthacoustique.

Image radioscopique pour ainsi dire normale. A signaler l'élargissement de l'ombre médiane et le développement un peu plus marqué que d'habitude des ombres hilaires.

OBSERVATION XIII

M^{lle} C..., 34 ans. Dans son enfance a eu rougeole, scarlatine, fluxion de poitrine. Toujours assez faible, depuis deux mois cette faiblesse s'est accentuée. Elle a la sensation d'avoir de la température le soir. Quelques sueurs. Céphalée, vertiges, hallucinations. Amaigrissement considérable. Tension artérielle au Vaquez 13,5 Mx, 9 Mn.

Aucun signe de lésions des voies respiratoires à l'auscultation si ce n'est quelques roncus. Mais syndrome d'hyperthyroïdie caractérisé par une mobilité constante, un regard brillant, du tremblement digital, de la tachycardie (120). Le corps thyroïde un peu gros ne peut être considéré comme notablement hypertrophié. Etat d'éréthisme nerveux. Sensation de chaleur constante.

A la radioscopie, image normale.

OBSERVATION XIX

M^{lle} H..., 26 ans. A eu rougeole et coqueluche à 8 ans, une broncho-pneumonie à 9 ans. Réglée à 12 ans. A 19 ans se fatigue facilement et maigrit. A 21 ans a une bronchite persistante accompagnée de toux avec expectoration verdâtre. Peu de température. Le professeur Laudonzy l'envoie dans un sanatorium d'Auvergne pour tuberculose pulmonaire. Elle y reste dix-huit mois, jusqu'en 1918. En même temps que sa bronchite la malade a fait de l'obésité (augmentation de 32 kilogr, en trois mois). Grippe en 1919.

Actuellement (7 août 1920), état général satisfaisant. Pas d'inégalité pupillaire, pas de ganglions sous-claviculaires. Sueurs nocturnes abondantes. Règles plutôt en avance et abondantes. Température oscillant depuis des mois entre 37°5 et 38°. Tremblement digital. Nervosité, instabilité du caractère. Quelques palpitations, tachycardie (110). Cou un peu fort avec lobes thyroïdes perceptibles. Tension artérielle au Vaquez, 10,5 Mx, 6, 5 Mn.

A l'auscultation lésions d'emphysème bilatérales.

Image radioscopique normale. La recherche des bacilles de Koch a toujours été négative.

20 octobre 1920. — La température reste toujours entre 37 et 38°. Les sueurs persistent ainsi que l'asthénie. Cependant la malade toujours très nerveuse et irritable tousse moins. L'expectoration souvent matinale est très légère. Pouls, 116. Tension artérielle, 14 Mx, 9,5 Mn. L'aspect général est bon, plutôt floride avec persistance de la tendance à l'embonpoint. Le corps thyroïde est un peu gros. Tremblement digital. Absolument aucun signe de lésions pulmonaires.

29 janvier 1921. — Un peu d'amélioration. Le tremblement persiste ainsi que la tendance à l'embonpoint et à la lassitude. La température vespérale oscille vers 38°. Mais les sueurs sont moins abondantes; malgré encore quelques palpitations la malade est plus calme. Pouls, 96. Tension artérielle, 11 Mx, 7 Mn.

CONCLUSIONS

L'association d'un syndrome de Basedow, rarement franc, le plus souvent fruste avec une tuberculose pulmonaire au début est relativement fréquente.

Entre ces deux maladies il n'y a peut-être pas seulement coïncidence mais rapport de causalité, l'hyperthyroïdie, d'après Coulaud, mettant l'organisme en état de moindre résistance en particulier à l'égard du bacille de Koch.

Mais quelquefois le tableau symptomatique fonctionnel et général fait penser à une tuberculose au début alors qu'il s'agit d'un syndrome de Basedow sans lésions pulmonaires.

Dans l'un et l'autre cas en effet on peut avoir même courbe de température, même état du pouls et de la tension artérielle, mêmes troubles génitaux, vaso-moteurs et sécrétoires. L'amaigrissement, la toux et la dyspnée peuvent également être analogues dans les deux affections.

La tuberculose sera écartée par les résultats négatifs des examens stéthacoustique et radioscopique et par la recherche négative du bacille de Koch dans les crachats et dans les selles.

Vu, le Doyen
H. ROGER

Vu,
le Président de thèse,
E. SERGENT,

Vu et permis d'imprimer
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Le syndrome basedowien. *Progrès médical*, 1922, nos 20, 21, 23, 24.
- ASCOLI et FAGINOLI. — Pituitrin test. *Endocrinology*, 1919, n° 2.
- BALLET (G.) et ENRIQUEZ. — Goitre expérimental par injection d'extrait thyroïdien. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1894, p. 895 et 941.
- BERNARD (M^{lle}). — Glande thyroïde et tuberculose. Influence de la thyroïdectomie sur la tuberculose expérimentale du lapin. *Thèse Paris*, 1921.
- BERTOYE. — *Thèse Lyon*, 1888.
- BINDA. — La alterazioni dei reni e della ghiandola a secrezione interna nei tubercolosi. *Pensiero medical*, 1915, p. 585.
- BLOCH. — L'épreuve de Goëtsch. *Thèse Paris*, 1921.
- BLONDEL. — L'accroissement d'une cause de stérilité féminine depuis la guerre par le développement de la maladie de Basedow. *Bull. génér. thérap.*, 1918-1919, p. 816.
- BONILLA. — Hipertiroïdismo e infecciones locales. *Med. ibera*, 1921, p. 413.
- BOUILLY. — Tuberculose et tachycardie. *Thèse Paris*, 1906.
- BRANDENSTEIN (H. von). — Basedowsymptome bei Lungentuberkulose. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1912, n° 39, p. 1840.
- BRETON. — De la tachycardie chez les tuberculeux pulmonaires. *J. des Praticiens*, 16 déc. 1899, p. 792.
- BYALOKUR. — Basedowsymptome als Zeichen tuberkulöser Infektion und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie

- der Lungenschwindsucht. *Zeitschrift für Tuberkulose*, Bd 16, H. 6.
- CHVOSTEK. — Morbus Basedowi und die Hyperthyreosen. Berlin, 1917.
- CLAUDE. — Maladie de Basedow. Constatations biologiques. *J. méd. franç.*, juillet 1920, p. 271.
- CLAUDE et BERNARD (Mlle). — Quelques résultats des épreuves glandulaires suivant l'état antérieur des fonctions endocriniennes. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1919, p. 1116.
- CLAUDE, BAUDOUIN et PORAK. — L'épreuve des extraits hypophysaires dans les syndromes basedowiens. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 19 juin 1914.
- CLÉRET. — Etude sur la pathogénie du goitre exophtalmique. *Thèse Paris*, 1911.
- COSTA. — Tuberculose inflammatoire. Goitres d'origine tuberculeuse. *Thèse Lyon*, 1905.
- COULAUD. — Le corps thyroïde des tuberculeux. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1920, p. 1551.
- Corps thyroïde et tuberculose. *Thèse Paris*, 1922.
- La tuberculose dans une région à goitres endémiques. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1921, p. 5.
- FOUBERT. — La galvanisation abdomino-thyroïdienne dans le traitement des symptômes d'hyperthyroïdie. *Thèse Paris*, 1921.
- FASIN, M^{me}. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 9 et 16 mars, 21 avril 1907.
- FRUGONI et VEXONI. — Utile influenza die principe tiroidei nell'infezione tubercolare e pseudotubercolare sperimentale. *Riv. crit. de clinica med.*, 12 juin 1909.
- GALLAVARDIN. — Quelques remarques sur les névroses tachycardiques et la maladie de Basedow, etc. *Arch. des mal. du cœur*, fév. 1916, p. 45.
- GALLISTIL. — L'importanza dei segni di Basedow nella diagnosi precoce e nella terapia della tubercolosi polmonare. *Rif. med.*, 1920, p. 89.
- GARNIER et BLOCH. — L'épreuve de Gousch. *Soc. méd. hôp.*, 15 juillet 1921.

- GILBERT et CASTAIGNE. — Infection thyroïdienne et goitre exophtalmique. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 3 juin 1899, p. 463.
- GIRAUD. — Le corps thyroïde des tuberculeux. *Thèse Paris*, 1908.
- GOETSCH. — Adrenaline hypersensitiveness in clinical states of hypertiroïdisme. *N-Y. med. Journal*, 1918, n° 7.
- GODLEWSKY. — Manifestations pluriglandulaires dans la maladie de Basedow. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1921, p. 458.
- GRENET. — Réunion méd. de la 6^e Armée, déc. 1915. In *Presse Méd.*, 14 fév. 1916.
- HARROWER. — The thyroid factor in tuberculosis. *Ann. med. ass. J.*, 1920, p. 643.
- HELLWIG et NAUSCHLOSZ. — Contribution au diagnostic fonctionnel de la glande thyroïde. *Berl. Klin. Wochens.*, n° 40, 30 sept. 1922.
- HOLLOS. — Symptomatologie und Therapie der latenten und larvierten Tuberkulose. Wiesbaden, 1911.
- Der Tuberkulose Ursprung des Basedow. *Ref. neurol. zentralbl.*, 1914, n° 4.
- HOLMGRUN. — Diagnose, Prognose und Behandlung der Basedowsche Krankheit. *Wiener Klin. Wochens.*, 1922, p. 47.
- JANET. — Le métabolisme basal en clinique déterminé par la recherche des échanges respiratoires, etc. *Thèse Paris*, 1922.
- JANOWSKY. — Thyréotuberculose ou tuberculose pulmonaire pseudo-basedowique. *Ann. de Méd.*, août 1920, p. 418.
- KEHL. — Anatomische Untersuchungen der Schilddrüse von Phtisischen. *Virchow's Arch.*, 1914, p. 368.
- KENDALL. — The physiologic action of thyrotoxin. *Endocrinology*, 1919, n° 2.
- KOCHER. — *Congrès fr. de médecine*, 1907.
- Etude sur le sang dans la maladie de Basedow et contribution au diagnostic précoce et à l'étiologie de cette affection. *Arch. de clin. chirurg. allem.*, t. LXXXVII.

- LABBÉ (M.) STÉVENIN et NERVEUX — Importance de la mesure du métabolisme basal et de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée pour le diagnostic de la maladie de Basedow. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 26 mai 1922.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La corrélation des glandes à sécrétion interne et leurs symptômes pluriglandulaires. *Gaz. des Hôp.*, 14 nov. 1908, p. 1563.
- LEDoux. — Tuberculose et goitre exophtalmique. *Thèse Paris*, 1913.
- LÉVY (Léopold). — Contribution à l'étude de la fièvre cryptogénétique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 6 juin 1919, p. 559.
- Glandes endocrines et fièvre. *Soc. de Biol.*, 3 mai 1919.
 - Hyperthermie endocrinienne. *Ibid.*, 29 mars 1919.
 - Instabilité thermique neuro-endocrinienne. *Ibid.*, 5 avril 1919.
- LÉVY (Léopold) et ROTHSCHILD. — Etude sur la physico-pathologie du corps thyroïde. Paris, 1908.
- LÉVY (Magnus). — *Zeitsch. für Klin. Méd.*, 1897.
- LIAN. — *J. méd. fr.*, juillet 1920, p. 284.
- CASKEY (Mac). — Diagnostic différentiel par le métabolisme et l'hyperglycémie alimentaire. *N.-Y. méd. J.*, 11 avril 1919.
- *J. of the Am. med. Assoc.*, 26 juillet 1919.
- MACE. — Hyperthyroïdism and Tuberculosis. *South. Calif. Pract.*, 1919, p. 175.
- MARBÉ. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1908, 1909, 1910.
- MARFAN et VANNIENWENHUYSE. — La tension artérielle dans la tuberculose. *Ann. de Méd.*, juin 1920.
- MARIE (P.). — Formes frustes de la maladie de Basedow. *Thèse Paris*, 1882.
- MEANS et AUB. — *Journal of the Am. med. Assoc.*, 1917.
- MENGER. — Zur Tuberkulösen Aetiologie der Thyreosen *Zeitsch. f. Tuberk.*, Bd 12, H. 4.
- NICHOLSON. — The differentiation of early tuberculosis and hyperthyroïdism by means of the adrenaline test. *Canad. med. Ass. J.*, juin 1919, p. 481.

- PARISOT et CAUSSADE. — Glycosurie et albuminurie dans les affections de la glande thyroïde. *J. méd. fr*, juillet 1920, p. 294.
- PERNISI. — Forma frusta di Maladie de Basedow con sintomi spicati di natura vasomotrica. *Riv. osped.*, 1916, p. 712.
- PERRIN et HANNS. — La formule sanguine dans la maladie de Basedow ; la question de la lymphocytose basedowienne. *Gaz. méd. de Strasbourg*, fév. 1922, p. 57.
- PONCET et LERICHE. — Tuberculose inflammatoire et corps thyroïde. *Acad. de Méd.*, 28 déc. 1909.
- POTOTSKY. — Der Pubertätsbasedowoid. *Deutsche med. Woch.*, 1921, p. 96.
- PRUVOST. — Pouls et tension artérielle chez les tuberculeux. *Gaz. des Hôp.*, 1919, p. 1333.
- RÉMONDY. — De la recherche du bacille de Koch dans les matières fécales. *Thèse Paris*, 1922.
- RENDLEMAN et MARKER. — A case of tuberculosis primary in the thyroïd. *J. of the Amer. med. assoc.*, 1921, p. 306.
- RIST. — Les principes du diagnostic différentiel de la tuberculose. *Pr. Méd.*, 13 juillet 1916.
- ROGER et GARNIER. — La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. *Pr. Méd.*, 19 avril 1899.
- Des lésions de la glande thyroïde dans la tuberculose. *Arch. gén. de Méd.*, avril 1900.
 - Recherches expérimentales sur les infections thyroïdiennes. *Pr. Méd.*, 9 août 1900.
 - Les scléroses du corps thyroïde chez les tuberculeux. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 30 juillet 1898.
- ROUBIER. — Interprétation de l'épreuve de la marche dans la tuberculose pulmonaire et les affections qui peuvent la simuler. *Gaz. des Hôp.*, 1919, p. 829.
- ROUSSY. — Les lésions du corps thyroïde dans le Basedow. *Paris Méd.*, juillet 1911.
- *Pr. Méd.*, 25 nov. 1911.
 - Etude du métabolisme basal dans la maladie de Basedow. *Paris Méd.*, 2 octobre 1920, p. 245.

- ROUSSY et CORNIL. — Maladie de Basedow et goitre exophtalmique, etc. *Bull. Méd.*, 27 nov. 1920, p. 1057.
- SAATHOFF. — Thyreose und Tuberkulose. *Münchn. med. Woch.*, 1913, p. 230.
- SABOURIN. — Le petit basedowisme chez les tuberculeux. *Arch. de Méd.*, janvier 1914.
- Les tuberculeux angioneurotiques. *J. des Pratic.*, 1^{er} oct. 1910.
- SAINTON. — Signes nouveaux et petits signes de la maladie de Basedow. *J. méd. fr.*, sept 1920.
- SAINTON et SCHULMAN. — Valeur du test de Bram à la quinine dans le diagnostic de la maladie de Basedow. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1921, p. 1304.
- SAINTON, SCHULMAN et JUSTIN-BEZANÇON. — La glycémie et l'hyperglycémie provoquée chez les sujets atteints de goitre exophtalmique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 29 juillet 1921.
- SANDFORT et BLACKFORD. — *J. of the Am. med. ass.*, 10 janv. 1914.
- SERGEANT. — Etapes du diagnostic pratique de la tuberculose. *Monde méd.*, 1917, p. 385.
- Les signes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. *Prog. méd.*, 1921, p. 483.
- Les suspects de tuberculose. *Pr. Méd.*, 1917, p. 263.
- Syndrome de Basedow et Tuberculose. *Paris Méd.*, 24 juillet 1920, p. 80.
- SMITH. — Etude sur l'hyperthyroïdisme. *J. of the Am. med. Ass.*, 13 déc. 1919.
- STECK. — Recherches expérimentales sur les relations hypothétiques entre la maladie de Basedow et la tuberculose. *Schweiz. med. Woch.*, 1921, p. 535.
- STEPANOF. — *Thèse Paris*, 1908.
- TUFFIER et MANTÉ. — Les accidents de la ménopause chirurgicale. *Pr. Méd.*, 23 nov. 1913.
- ULMANN. — Hyperthyroïdisme et tuberculose. *Thèse Montpellier*, 1911.

